

APLICACION PARA COMPRAR Y/O CONDUCIR UN VEHICULO MOTORIZADO

NOMBRE DE OFENSOR(A)		NUMERO DE OFENSOR(A)	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO WI	CODIGO POSTAL
NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR		ESTADO	FECHA DE EXPIRACION
¿ALGUNA VEZ SU LICENCIA DE CONDUCIR FUE REVOCADA/SUSPENDIDA? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si – ¿Cuando y Donde?			

ENUMERE TODA VIOLACION DE MOVIMIENTO DE TRÁFICO QUE USTED A RECIBIDO DURANTE LOS ULTIMOS 15 ANIOS.

¿ESTA USTED ACTUALMENTE OBLIGADO A TENER UN DISPOSITIVO DE ENCLAVAMIENTO DE IGNICIÓN (IID) EN SU VEHICULO DEBIDO A UNA CONDENA RELACIONANADA CON OWI?

No Si – Si su respuesta es Si, complete la información requerida de abajo:

Duración de la Orden de DII	La Orden Expira en	Numero de Cuenta	Nombre del Vendedor	Domicilio del Vendedor	# de Teléfono del Vendedor
-----------------------------	--------------------	------------------	---------------------	------------------------	----------------------------

DESCRIPCION DEL VEHICULO MOTORIZADO QUE INTENTA COMPRAR Y/O CONDUCIR

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL VEHICULO (VIN)	MARCA	MODELO		
ESTILO	AÑO	COLOR		
NUMERO DE PLACA	ESTADO	FECHA DE EXPIRACION		
NOMBRE COMPLETO DEL DUEÑO (Si es diferente al suyo)	¿SU PARENTESCO?	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DE TRABAJO

INFORMACION RELACIONADA AL VEHICULO IDENTIFICADO ARRIBA ¿USTED QUIERE PERMISO PARA?

Comprar y Conducir Conducir solamente Comprar solamente

INFORMACION FINANCIERA - Complete Si Usted Quiere Comprar el Vehiculo Solamente

CANTIDAD DE CUOTA INICIAL REQUERIDA \$	SALDO PENDIENTE \$	CANTIDAD DE PAGOS MENSUALES \$
NOMBRE DE LA INSTITUCION FINANCIERA O BANCO/COOPERATIVA DE CREDITO		

INFORMACION SOBRE EL SEGURO DEL VEHICULO

Es contra la ley de conducir un vehiculo en carreteras de este Estado a menos que la persona que es dueño o es conductor del vehiculo tiene en efecto una póliza de seguro vehicular sobre el vehiculo que esta siendo operado. Todo conductor de un vehiculo motorizado esta obligado de tener en su posesión prueba inmediata de conformidad y debe mostrar dicha prueba cuando lo demanda un oficial de tráfico.

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LA POLIZA	TIPO DE SEGURO <input type="checkbox"/> Colisión y Responsabilidad <input type="checkbox"/> Solo Responsabilidad	MONTO DE CUBRIMIENTO DEL SEGURO \$	
NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO	NOMBRE DEL AGENTE DE SEGURO		
DOMICILIO DEL AGENTE DE SEGURO	CIUDAD	ESTADO WI	CÓDIGO POSTAL
NOMBRES DE OTROS CONDUCTORES QUE CONDUCIRAN EL VEHICULO MOTORIZADO			

FIRMA DE OFENSOR(A)

FECHA DE FIRMA

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DCC AGENT ONLY – ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL AGENTE

DECISION

Permission Granted to Purchase and Operate Operate Only Purchase Only

Permission Denied

DATE OFFENDER NOTIFIED OF DECISION	AGENT SIGNATURE	DATE SIGNED
------------------------------------	-----------------	-------------

DISTRIBUTION: Original – Offender File

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD (Disclaimer)

Esta es una traducción de un documento escrito en inglés, distribuido como una cortesía a las personas que no pueden leer inglés. Si resulta alguna diferencia o algún malentendido con esta traducción, el único documento reconocido sera la versión en inglés.

This is a translation of an English-language document provided as a courtesy to those not fluent in English. If differences or any misunderstandings occur, the document of record shall be the related English-language document.